

「いわて健康経営宣言」ご登録用紙

当社は、下記の趣旨を踏まえ、いわて健康経営宣言を行います。
また、用紙下欄に記入の担当者が健康保険委員になる場合には、その者を同委員として推薦します。

当社は、社員が元気に働ける会社を目指して、健康づくりメニュー **1**～**4** に取り組みます。

1 健康診断の実施

法令に従い、社員に対して「定期健康診断」を実施します。

2 社員の生活習慣改善を支援

メタボに着目した協会けんぽの「特定保健指導」を利用します。

3 検査・治療の推奨

健診の結果等で、再検査や治療の必要があった場合、医療機関を受診するように推奨します。

4 スモールチェンジ活動の推奨

ポスター・リーフレットを掲示・配布し、下記の取り組みを実施します。

我が社の取り組み:

貴事業所におけるスモールチェンジ活動を設定し、記入してください。
※記入もれにご注意ください。

令和 年 月 日

事業所住所 _____

事業所名 _____

事業主氏名 _____ (印)

電話番号 _____

健康経営宣言ご登録用紙を提出された場合は、事業所名を協会けんぽ岩手支部ホームページ等で公表させていただきます。

協会けんぽ岩手支部との窓口になっていただける方(健康保険事務担当者様または事業主様等)をご記入願います。

ご担当者様	事業所記号・番号 (保険証のお名前に記載の数字)	記号 番号			
	所属・役職名				
	担当者名	生年月日	昭和 平成	年	月 日
	健康保険委員への 登録について	希望する ・ 希望しない ・ 既に登録済 (健康保険委員になられた場合は、偶数月に健康情報などが 掲載された役立つ広報紙をお送りします。)			
	電話番号	— —			

同意書 (健康保険委員に登録をご希望の場合、ご記入ください。)

管轄の年金事務所および(一財)岩手県社会保険協会に対し、私の氏名、事業所名、事業所所在地、連絡先の情報(健康保険委員の委嘱が終了した際にはその情報)を提供することに同意します。

全国健康保険協会岩手支部長 殿

令和 年 月 日

健康保険委員
予定者氏名 _____

健康づくりメニューの取り組みなどについて連絡させていただくことがございますので予めご了承願います。

お申し込みは、郵送またはFAX(019-604-9117)で受付しております。

※FAX番号はくれぐれもお間違えの無いよう、ご注意ください。